

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 6

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
CYSTOSCOPIE

DANS LES
Affections Inflammatoires Utéro-Annexielles

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

PAR

René ROUSTIT

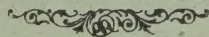
Le 10 Décembre 1921

Né à Paulinet (Tarn), le 22 Février 1892

CROIX DE GUERRE FRANÇAISE; CROIX DE GUERRE BELGE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, professeur, <i>Président.</i>	} <i>Assesseurs.</i>
		JEANBRAU, professeur.	
		RICHE, agrégé.	
		DELMAS, agrégé	



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CYSTOSCOPIE
DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES
UTÉRO-ANNEXIELLES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 6

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

CYSTOSCOPIE

DANS LES

Affections Inflammatoires Utéro-Annexielles

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

PAR

René ROUSTIT

Le 10 Décembre 1921

Né à Paulinet (Tarn), le 22 Février 1892

CROIX DE GUERRE FRANÇAISE, CROIX DE GUERRE BELGE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs

de la Thèse

{ DE ROUVILLE, professeur, *Président*.
JEANBRAU, professeur.
RICHE, agrégé.
DELMAS, agrégé

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELTT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale	}	N...
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	}	GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	}	LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	}	N...
Hygiène		VIRES.
Médecine légale et toxicologie	}	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale		N...
Clinique chirurgicale	}	DUCAMP.
Clinique obstétricale		VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	}	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique		FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	}	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MAIRET.
Clinique gynécologique	}	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		N...
Clinique des maladies des voies urinaires	}	ESTOR.
		DE ROUVILLE.
		MOURET.
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	}	GRYNFELTT
Clinique propédeutique de chirurgie		MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	}	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	}	MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale	}	ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.)
Pharmacologie	}	GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Stomatologie	}	Dr WATON.
Histologie		Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	}	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	}	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	}	EUZIERE.	Accouchements	}	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie	}	MARGAROT.	Histoire natur.	}	GALAVIELLE
		DELMAS (J.)			CABANNES
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. DE ROUVILLE, prof., <i>président</i> .		MM. RICHE agrégé.
JEANBRAU, professeur.		DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

*A eux dont la joie serait grande
aujourd'hui, je dédie ce modeste
travail, en témoignage de ma gra-
titude pour leurs sacrifices de tous
les instants.*

A MA FEMME
ET A MON ENFANT CHÉRIS

A MON FRÈRE

A MES ONCLES : L'ABBÉ L. SUC
L'ABBÉ F. SUC

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BELLES SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

ROUSTIT.

A MON PRÉSIDENT PROFESSEUR DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

*Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS

*Témoignage de reconnaissance pour la
sollicitude et le dévouement qu'il nous a
toujours manifestés.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESMONTS

*Dont la bienveillance et le dévouement se
sont toujours manifestés à l'égard de mes
camarades et de nous même à l'occasion
de ce travail, Nous tenons à remercier ici
pour tous les renseignements qu'il nous
a donnés, tous les conseils qu'il nous a
prodigués.*

R. ROUSTIT.

AVANT-PROPOS

Nous arrivons au terme de nos études médicales; devant nos maîtres vénérés et nos amis les plus chers, nous allons prêter serment. Rien ne nous paraît plus grave et plus solennel.

Mais une grande satisfaction nous envahit. Nous voyons notre travail couronné, nos aspirations réalisées; et notre pensée va vers les êtres chers que la mort nous a ravis et qui ne partageront pas notre joie; notre reconnaissance monte vers les maîtres respectés dont il nous paraît superflu de redire les mérites.

Les marques d'admiration et de sympathie que notre chère Faculté a reçues à l'occasion de son VII^e Centenaire prouvent que nos maîtres savent maintenir sa gloire dans tout l'univers: que pourrait-on ajouter à ce suprême éloge?

Cependant une certitude nuance de mélancolie notre joie profonde. Désormais, une barrière va s'élever entre notre vie d'étudiant et notre existence de demain. Nous disons un adieu ému à cette vie active et insouciante, et surtout à cette gaieté exhubérante et enthousiaste qui, au cours de l'histoire a fait l'étudiant de jadis pareil à celui d'aujourd'hui.

La triste parenthèse de la guerre avec ses douloureuses angoisses est venue interrompre le cours de cette exis-

tence joyeuse et facile; nous avons été vicilli et mûri par ses dures leçons. L'insouciance, l'appréhension, l'enthousiasme stérile se sont peu à peu effacés; l'idée de devoir a jailli, nos confuses aspirations se sont orientées, précisées; notre goût du travail s'est affermi; une source d'énergie nouvelle a paru décupler nos forces et donner des ailes à une saine ambition; aussi est-ce avec toute notre ardeur consciencieuse que nous désirons aujourd'hui entrer dans la vie pour lutter et pour vaincre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Cystoscopie dans les Affections Inflammatoires

UTÉRO-ANNEXIELLES

INTRODUCTION

La cystoscopie ou examen visuel de la vessie au moyen d'appareils spéciaux, n'est pas une méthode d'exploration strictement réservée aux maladies de l'appareil urinaire, mais dans de nombreux cas, on s'en est servi pour relever des symptômes de maladies d'ordre tout différent (vessie à colonnes dans le tabes, même au début) et surtout chez la femme pour étudier les lésions intéressant les organes génitaux.

Dans l'exploration des organes génitaux de la femme, le moyen le plus pratique, le plus fécond en résultats, est certainement l'emploi du palper combiné de manières diverses avec le toucher vaginal et rectal. Il serait très utile dans certains cas, afin de compléter un examen sur la zone génitale, de pouvoir combiner le toucher vésical aux autres modes d'exploration. Quelques-uns l'ont essayé à partir de Bénivienni qui, en 1502, poussa la dilatation de l'urètre jusqu'à pouvoir introduire un et même deux doigts; mais cette dilatation présente de grosses difficultés et a l'inconvénient si elle n'est pas douloureuse quand la malade est endormie, de créer des déchirures de l'urètre avec hémorragies et de laisser pendant quelques

temps de la paralysie du sphincter urétral avec incontinence d'urine.

La cystoscopie supplée à tous les inconvénients de l'examen tactile; opération facile qui se fait presque sans douleur, elle nous permettra de retirer des connaissances importantes et variées sur la plus grande partie des affections intéressant les organes pelviens.

Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur les renseignements précieux que pouvait donner ce mode d'exploration dans les cas de fibrome et surtout de cancers utérins.

On a moins étudié la cystoscopie au cours des affections inflammatoires de l'utérus et des annexes. Ces lésions ont néanmoins des répercussions vésicales et leur étude cystoscopique a fait l'objet au dernier Congrès international de Gynécologie, d'une communication de M. le professeur de Rouville et de M. le docteur Desmonts, qui ont publié de nombreuses et intéressantes observations dont quelques-unes sont rapportées ici. A celles-là, nous en avons ajouté d'autres, nouvelles, inédites, dues à l'obligeance de M. le docteur Desmonts, intéressé tout particulièrement à cette question; nous désirons qu'elles soient un apport nouveau à cette étude qui mérite d'être approfondie.

Les modifications vésicales au cours des inflammations utéro-annexielles s'expliquent par les rapports qui unissent la vessie aux organes génitaux pelviens. Nous étudierons donc ces rapports, et après avoir traité, dans un deuxième chapitre la cystoscopie chez la femme dont les organes génitaux sont normaux, nous réserverons une large place aux observations type qui nous permettront d'aborder l'étude des répercussions vésicales des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, objet de notre dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

RAPPORTS DE LA VESSIE AVEC LES ORGANES GÉNITAUX PELVIENS

La cavité pelvienne correspond au petit bassin osseux qui constitue ses parois latérales. Elle est fermée en bas par le diaphragme pelvien, diaphragme musculaire qui la clôt solidement. Sa périphérie est ostéo-muscleuse, mais le squelette prédomine et forme un cadre rigide qui rend cette périphérie à peu près inextensible et indéformable. La cavité pelvienne est anatomiquement limitée en haut par le détroit supérieur des accoucheurs, détroit promonto-sus-pubien par lequel elle communique largement avec la cavité abdominale située au-dessus d'elle.

Que va-t-il se passer quand les organes contenus dans la cavité pelvienne où ils sont à l'aise à l'état normal augmenteront de volume en devenant pathologiques?

Ici deux cas sont à envisager. Ou l'augmentation de volume sera considérable et alors l'organe tuméfié, hypertrophié ne se contentera pas de comprimer les parties voisines, mais franchira la limite supérieure de l'excavation pour devenir abdominal. Ou bien l'augmentation de volume sera moindre et l'organe tuméfié restera pelvien, mais en repoussant, en comprimant les parties voisines; c'est ce qui se passe dans les inflammations de l'utérus, des annexes, des ligaments larges. Nous aurons alors au niveau de la vessie des empreintes anormales, des déformations visibles au cystoscope.

Comment comprendre et interpréter ces modifications vésicales?

La vessie qui occupe la partie antérieure de la cavité pelvienne est en rapports immédiats en arrière avec la zone génitale qui comprend, sur la ligne médiane, l'utérus et le vagin, et latéralement, les ligaments larges avec les annexes. De plus, les uretères traversent la base du ligament large avant de venir s'ouvrir dans la vessie.

Nous allons étudier en détail ces divers rapports.

Quel que soit le degré de réplétion de la vessie, celle-ci a toujours avec le vagin des rapports constants, fait compréhensible d'ailleurs, car ces deux organes sont étroitement unis, leur paroi presque adossées par l'intermédiaire d'une mince couche cellulaire, constituent la cloison vésico-vaginale qui n'a que 8 millimètres d'épaisseur. Cette intimité nous explique pourquoi les chutes de la paroi antérieure du vagin sont presque toujours suivies de cystocèle ou chute de la vessie.

Les rapports de ces deux organes se font du côté de la vessie par la partie la plus importante de sa base, celle qui contient le trigone, du côté du vagin par le tiers supérieur de sa paroi antérieure où se trouve le triangle de Pawlick à sommet inférieur et qui correspond à peu près point par point au triangle vésical de Lieutaud.

Au-dessus du vagin est situé l'utérus dont les rapports avec la vessie varient suivant le degré de réplétion de cette dernière.

Quand la vessie est vide, l'utérus n'est en contact avec elle que par son isthme; le col présente des rapports secondaires par l'intermédiaire de la paroi vaginale. La partie supérieure du corps de l'utérus reste alors indépendante, séparée de la vessie par un espace appelé cul-de-sac vésico-utérin, formé par un repli du péritoine qui, après avoir recouvert la face postéro-supérieure de la vessie, s'est réfléchi sur la paroi antérieure de l'utérus.

Si la vessie se remplit, sa face postéro-supérieure s'élève, le cul-de-sac vésico-utérin se rétrécit jusqu'au moment où la vessie recouvre toute la face antérieure de l'utérus. Si la vessie se remplit encore elle commence à basculer vers l'arrière l'utérus recourbé sur elle, puis ne pouvant plus être repoussé, l'utérus s'opposera à l'expansion vésicale et la vessie se moulera sur toute la face antérieure du corps utérin.

Si on fait alors une cystoscopie, on pourra se rendre compte qu'il existe sur la face postérieure de la vessie, une saillie, la saillie utérine, dont nous parlerons plus longuement au sujet de l'étude cystoscopique de la vessie normale.

Latéralement, la vessie va être en rapports en arrière avec les ligaments larges. Comment sont constitués ces ligaments larges, qu'elle est leur situation?

Nous savons que tous les organes de l'excavation, vessie en avant, utérus et annexes au milieu, rectum en arrière, sont tapissés par le péritoine pelvien. Pour mieux tapisser ces organes, le péritoine s'invagine dans les dépressions qu'ils laissent entre eux, formant ainsi des culs-de-sac et nous avons déjà parlé du cul-de-sac vésico-utérin.

Quand le péritoine qui a tapissé la face supérieure de la vessie est descendu au fond de la dépression vésico-utérine jusqu'au point où la vessie rentre en contact avec l'isthme de l'utérus, il se réfléchit sur la face antérieure de ce dernier, remonte pour aller recouvrir le dôme utérin, redescend enfin jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas en tapissant la face postérieure de l'utérus. Ce mouvement d'ascension et de descente a déterminé un repli qui se prolonge de chaque côté de l'utérus jusqu'à la paroi latérale du pelvis en constituant les ligaments larges.

Utérus et ligaments larges déterminent ainsi une cloison qui va de droite à gauche et s'élève presque vertica-

lement au milieu de l'excavation qu'elle divise en deux compartiments, l'un le cavum antérieur où se loge la vessie, l'autre le cavum postérieur qui contient le rectum. Mais les deux feuillets de ce repli péritonéal, qui sur les côtés de l'utérus complètent cette cloison médiane, ne sont pas accolés directement, ne forment pas une cloison d'épaisseur uniforme, mais une cloison triangulaire dont le sommet touche aux bords de l'excavation, et la base aux bords de l'utérus. De plus, dans l'intérieur même de cette cloison, sont logés des organes importants, la trompe utérine dans le haut, l'uretère en bas.

De chaque côté, les trompes utérines suivent exactement le bord supérieur du ligament large jusqu'aux bords de l'excavation où elles se réfléchissent vers le bas pour amener leur pavillon un peu au-dessous de l'ovaire accolé à la face postérieure du ligament large. Et l'uretère, en quittant la face postérieure de l'excavation se dirige vers la base des ligaments larges, qu'il traverse en passant au-dessous de la crosse de l'artère utérine, contenue elle-même dans le ligament large, et à quelques millimètres du col utérin jusqu'au point de son abouchement dans la vessie.

Ainsi en arrière la vessie va nous présenter plusieurs zones comme rapports. Tout d'abord deux zones médianes : l'une inférieure, zone vaginale ; l'autre supérieure, zone utérine. De chaque côté également, nous aurons en bas une zone ligamentaire où la vessie est en rapports avec la base du ligament large, une zone supérieure ou salpingo-ovarienne, au niveau de laquelle les rapports seront vé-sico-annexiels.

CHAPITRE II

CYSTOSCOPIE A L'ÉTAT NORMAL

Nous n'étudierons ici que la cystoscopie à prismes et encore l'étudierons-nous exclusivement au point de vue qui nous intéresse, c'est-à-dire comme renseignements que peut donner la cystoscopie sur l'état des organes génitaux.

Dans l'ensemble, la coloration de la muqueuse est à peu près uniforme, plus pâle au niveau du dôme, plus rouge au niveau de la base.

Avec une distension moyenne de la vessie (200 centimètres cubes), à l'exploration de la zone postérieure, nous trouvons le trigone, plus évasé que chez l'homme, limité en arrière par la bandelette interurétérale toujours nettement visible, présentant dans ses angles les orifices urétraux symétriquement disposés; parfois punctiformes, parfois ayant l'aspect d'une fente, dont le sommet est orienté en bas et en dedans vers l'orifice urétral.

A l'arrière du trigone, on aperçoit une légère voussure médiane ou saillie utérine, séparée du trigone par une légère dépression curviligne, dont les extrémités latérales se perdent insensiblement en se dirigeant en haut et en dehors. Au-dessus de la voussure la paroi vésicale ne présente pas de dépression marquée.

Cette dépression curviligne sera plus accentuée dans sa partie moyenne et surtout au niveau de ses cornes si la réplétion vésicale est moindre et réduite au strict minimum permettant l'examen cystoscopique.

Si, au contraire, on remplit fortement la vessie, la saillie utérine persiste, mais la dépression qui la sépare du trigone s'est élargie, atténuée et effacée. La vessie est devenue sphérique, légèrement engloutie au niveau de l'utérus. En aucun cas, à l'état normal, on ne trouvera de colonnes.

Ainsi les rapports vésico-génitaux ne se manifestent à l'examen cystoscopique que par la voussure utérine. Dans les cas pathologiques non seulement la voussure utérine pourra être augmentée, déviée, déformée et le sillon rétro-trigonal augmenté, dévié, déformé, mais encore latéralement au niveau des zones ligamentaires et annexielles, nous aurons des manifestations d'ordre inflammatoire ou plastique en liaison avec les lésions de ces organes.

Avant d'étudier ces diverses modifications pathologiques, nous voulons attirer l'attention sur deux particularités de la technique qu'il importe de signaler.

Afin que le remplissage de la vessie n'entraîne aucune modification de coloration, il faut injecter de préférence du sérum ou, en tout cas de l'eau, dont la température se rapproche autant que possible de la température du corps. N'utiliser en aucun cas aucune solution antiseptique.

En second lieu, pour bien se rendre compte des modifications plastiques apportées à la vessie au cours des lésions génitales, il importe de pratiquer plusieurs examens cystoscopiques en faisant varier la réplétion vésicale avec par exemple 90, 250, 4 à 500 centimètres cubes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(due à l'obligeance de M. le docteur Desmonts)

Mme C..., 39 ans, est atteinte de métrite et d'annexite droite avec fortes adhérences.

Le 12 novembre 1920 on fait un examen cystoscopique qui montre de la cervico-cystite et au niveau de la saillie utérine, une muqueuse rouge, tuméfiée. Quelques fongosités existent dans le sillon rétro-trigonal qui va vers la droite où l'on retrouve une corne très marquée avec tendance diverticulaire.

OBSERVATION II

(de M. le docteur Desmonts)

Mme B..., 28 ans, est atteinte de métrite traitée par un curettage.

A la cystoscopie, faite le 2 juin 1920, on retrouve de la cervico-cystite. Le trigone est très vascularisé et très rouge. Le sillon rétro-trigonal est peu marqué. Au niveau de la saillie utérine, on peut voir une zone inflammatoire de la grandeur d'une pièce de 2 francs avec au centre quelques fongosités. Il existe de l'œdème bulleux sur la zone des rapports vésico-utérins.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le docteur Desmonts)

Mme P..., chez qui on a retrouvé de l'annexite bilatérale, avec trompes très rouges, la gauche, lie de vin, et orifices oblitérés, des ovaires scléro-kystiques.

A l'examen cystoscopique, fait le 6 mai 1920, la vessie est pâle, le sillon rétro-trigonal est très étroit et très profond. La corne droite est assez marquée, avec des colonnes au voisinage de sa terminaison; la corne gauche se termine dans une zone rouge et tuméfiée. On peut encore constater la présence d'œdème bulleux toujours sur la face postérieure de la vessie.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le docteur Desmonts)

Mme R..., 31 ans. Atteinte de métrite avec cellulite pelvienne subaiguë.

La cystoscopie pratiquée montre une vessie congestionnée dont la partie postérieure présente trois zones inflammatoires: une médiane, rétro-trigonale, avec tuméfaction et fongosités; deux latérales séparées de la précédente par une zone d'inflammation moindre et par un léger rétrécissement formé par les extrémités latérales du trigone. Au niveau de ces zones latérales où la vascularisation est très riche, la muqueuse est dépolie, recouverte par un fin dépôt membraneux de mucus. On trouve encore dans cette région quelques vésicules d'œdème bulleux. La capacité vésicale est néanmoins restée à 350 centimètres cubes.

OBSERVATION V

(Communication de Rouville, Desmonts)

Congrès international Gynécologie, sept. 1920

Mme B..., 33 ans, est atteinte de métrite. L'utérus est volumineux, douloureux, peu mobile, avec pertes purulentes.

Cystoscopie le 14 mai 1919. Muqueuse vésicale rouge, très vascularisée; orifices urétéraux normaux. En arrière du trigone, sur la ligne médiane, mais un peu à gauche, forte saillie arrondie au niveau de laquelle la muqueuse est dépolie, extrêmement rouge, tuméfiée, recouverte par endroits d'enduit blanchâtre. Au-dessus de cette saillie, la muqueuse présente une dépression marquée, formant un croissant qui embrasse la saillie.

OBSERVATION VI

(Communication de Rouville, Desmonts)

Congrès international Gynécologie, sept. 1920

Mme B... Annexite double (grosse masse annexielle à droite). Opérée le 6 mars 1920 (grosse annexite à droite avec collection purulente; à gauche, adhérences.

Cystoscopie le 4 mars. Trigone rouge, orifices urétéraux enflammés, surtout le droit qui a l'aspect d'une fente verticale. Sillon rétro-trigonal très marqué, se prolongeant surtout du côté gauche où il se termine par une corne très accentuée. En dehors de cette corne, quelques colonnes. Du côté droit, le sillon s'efface, la muqueuse est rouge, œdématiée, avec quelques bulles d'œdème bulleux.

OBSERVATION VII

(Communication de Rouville, Desmonts)

Congrès international Gynecologie, Sept 1920

Mme C..., mariée, épouse C... Pyosalpinx ouvert dans la vessie.

Cystoscopie le 13 mars 1919. On constate une cystite avec forte inflammation du trigone et œdème bulleux au voisinage de l'orifice urétéral gauche. A droite, tuméfaction et fongosités. En dehors et en arrière du trigone, la vessie forme à droite une corne très accentuée avec quelques colonnes. Au fond de la corne, on perçoit un petit orifice bouché par un magma blanc; autour de l'orifice; fongosités très marquées.

En appuyant sur le ventre dans la zone ovarienne droite, on voit sourdre par l'orifice un vermicelle de pus qui s'écoule dans la vessie. Il y a donc à droite une sup-puration annexielle dans la vessie.

OBSERVATION VIII

(Communication de Rouville, Desmonts)

Congrès international Gynecologie, Sept. 1920

M.-L. C..., 26 ans. Rétro-flexion et annexite. Cystoscopie le 29 mars 1920. Légère inflammation au niveau du trigone. Sillon rétro-trigonal très marqué se prolongeant des deux côtés par des cornes latérales très accentuées, surtout celui de droite qui représente une ébauche de diverticule. Au niveau de la zone ovarienne droite, très belles colonnes. On en aperçoit aussi quelques-unes du côté gauche. L'ensemble de la vessie est pâle.

OBSERVATION IX

(Communication de Rouville, Desmonts)

Congrès international Gynecologie, Sept. 1920

G. C., annexite double. Examen des pièces: fortes adhérences surtout à droite. Trompe gauche oblitérée. Hémato-salpynx à droite avec kyste ovarien de la grosseur d'une mandarine.

Cystoscopie le 22 mars 1920. Trigone enflammé, bas-fond très rouge surtout du côté droit où l'on voit un réseau vasculaire extrêmement développé avec varicosités. Sillon rétro-trigonal peu marqué sur la partie médiane, mais latéralement il se prolonge de chaque côté par une corne très accentuée qui, à droite, constitue une véritable ébauche de diverticule. Tout autour des cornes, on voit principalement à droite de nombreuses colonnes très développées.

OBSERVATION X

(Communication de Rouville, Desmonts)

• Congrès international Gynecologie, Sept. 1920

Mme B., 24 ans. Métrite et annexite double. Les annexes gauches sont plus atteintes et sont entourées de nombreuses adhérences. Urines normales.

Cystoscopie le 12 novembre 1920. Dôme vésical pâle. Trigone un peu rouge, non déformé, l'orifice urétéral droit normal; le gauche arrondi, proéminent, oedématié, tout autour de lui vaisseaux dilatés. Ejaculation urétérale normale. En haut et en dehors de lui, le sillon rétro-trigonal se termine par une corne étroite et profonde. Saillie utérine marquée; à son niveau, la muqueuse vésicale est très rouge et tomenteuse.

OBSERVATION XI

(Communication de Rouville, Desmouts)

Congrès international Gynecologie, sept. 1920

Mme V..., 33 ans. Annexite double.

A droite, gros ovaire scléro-kystique avec kystes hématisques. Adhérences. Vascularisations très développées des deux ligaments larges.

Cystoscopie le 22 mars 1919. Trigonite. Bas-fonds rouge. Sillon rétro-trigonal se prolongeant à droite par une corne très marquée. Très nombreux vaisseaux variqueux à la base de la vessie, surtout du côté gauche.

OBSERVATION XII

(Communication de Rouville, Desmouts)

Congrès international Gynecologie, sept. 1920

Mme J. G..., 32 ans. Annexite double, gros utérus métritique, adhérences péri-annexielles, oblitération des trompes.

Cystoscopie le 22 février 1920. Dôme vésical très pâle, muqueuse très congestionnée au niveau du trigone et dans le bas-fonds. Orifices urétéraux très rapprochés l'un de l'autre; au-dessus de chacun d'eux, taches de suffusion sanguine; colonnes très marquées dans les zones annexielles. Sillon rétro-trigonal linéaire et peu étendu au voisinage du trigone. A gauche on voit quelques vaisseaux très dilatés, turgescents et en relief.

OBSERVATION XIII

(Communication de Rouville, Desmonts)

Congrès international Gynécologie, sept 1920

Mme L. G..., 34 ans. Annexite double. Ovaire droit scléro-kystique. A gauche, trompe lie de vin très adhérente à l'ovaire, nombreuses adhérences péri-annexielles.

Cystoscopie le 15 février 1920. Pâleur vésicale très prononcée, surtout du côté droit. Inflammation du trigone avec œdème bulleux. Orifice urétéral droit normal, le gauche est dévié, il a l'aspect d'une fente dirigée en bas et en dehors.

Saillie utérine au niveau de laquelle la muqueuse est rouge, congestionnée. Entre cette saillie et l'orifice urétéral gauche, le sillon rétro-trigonal se termine par un pli profond en forme de V ouvert en haut et en dehors, entre les branches duquel on aperçoit quelques colonnes. Au fond de ce V la muqueuse est fongueuse avec des dépôts blanchâtres. A droite, au-dessus de l'orifice urétéral, on voit quelques adhérences.

CHAPITRE III

RÉPERCUSSIONS VÉSICALES DANS AFFECTIONS INFLAMMATOIRES UTÉRO-ANNEXIELLES

Toutes les modifications susceptibles d'intéresser la vessie au cours des affections inflammatoires de l'utérus et des annexes, ont été retrouvées dans ces diverses observations que nous venons de rapporter.

Dans presque tous les cas, nous avons dû noter des changements d'aspect du trigone se traduisant par de la rougeur, avec vascularisation exubérante. Mais ce qui est plus intéressant et plus particulier, ce sont les modifications inflammatoires observées sur la muqueuse dans les zones où la vessie répond directement aux organes utéro-annexiels. Fait plus singulier encore, c'est la localisation toute spéciale de ces phénomènes; au niveau de la saillie utérine, quand il s'agit de métrite; au niveau des cornes, dans les zones vésico-annexielles, sur les bords de la saillie utérine, quand les annexes sont atteintes. Parfois la localisation inflammatoire est encore plus précise: une métrite cervicale simple donnera de la rougeur, de la congestion de la partie inférieure seulement de la saillie utérine, tandis que dans les métrites totales, toute la saillie utérine, sera envahie par le processus inflammatoire.

L'inflammation, au niveau de la vessie peut se manifester sous plusieurs formes. Tantôt la muqueuse est simplement rouge (observ. V, XI), un peu dépolie (observ. VI),

tuméfiée (observ. V, VI, VII), tantôt elle présente de véritables dépôts de fongosités (observ. I, II, III, VII). Mais un élément qui est bien caractéristique de la réaction vésicale, c'est l'œdème bulleux (observ. I, II, III, IV, VI, IX), tout à fait typique, tout à fait original qu'on a pu comparer dans la cystoscopie à des grains de raisin sur lesquels se joue la lumière.

A toutes ces modifications d'ordre inflammatoire qui intéressent surtout la muqueuse dans son intégrité et son aspect, s'en ajoutent d'autres plus générales qui intéressent la vessie dans sa forme et que nous pouvons appeler modifications d'origine plastique; elles ne sont pas moins importantes que les premières.

Dans certains cas, la saillie utérine sera exagérée, refoulant vers l'avant la paroi postérieure de la vessie qui prend alors l'aspect d'un croissant à forte concavité postérieure, ceci surtout dans les métrites totales avec augmentation du volume de l'utérus.

Le sillon rétro-trigonal, que nous avons défini, pourra perdre sa forme normale, tantôt peu marqué (observ. X), tantôt très marqué (observ. VI, IX), il pourra encore être rétréci, comme dans l'observation XIII, où nous avons affaire à un gros utérus métritique. Les cornes, elles aussi, au lieu de se perdre insensiblement le long de la saillie utérine en prolongeant sur les côtés le sillon rétro-trigonal pourront être effacées ou s'arrêter brusquement, leur dépression étant soulevée par quelque tuméfaction d'origine utéro-annexielle; tantôt, au contraire, fortement tiraillées par des adhérences cicatricielles, elles seront très accentuées (observ. VI, IX, X XII), et pourront se prolonger considérablement jusqu'à former une ébauche de diverticule (observ. IX, X).

Nous avons enfin rencontré au cours de nos observations un autre élément important constitué par la présence des colonnes vésicales (obs. II, VIII, IX, XI, XII), dont la localisation sur les zones vésico-utérines, et surtout vésico-annexielles paraît être bien caractéristique. Nous avons bien pu établir maintes fois que leur siège répondait exactement au siège de la lésion utéro-annexielle. Ces colonnes sont constituées par des crêtes anastomosées qui apparaissent à la surface vésicale en lui donnant un aspect réticulé. Ces crêtes sont tellement accentuées parfois qu'elles circonscrivent de véritables cellules.

Tels sont dans leur ensemble tous les signes observés par la cystoscopie au cours des affections inflammatoires utéro-annexielles; il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots sur leur physio-pathologie.

Ce que nous avons dit dans le chapitre d'anatomie permet de bien comprendre ces répercussions des lésions utéro-annexielles sur la vessie. Dans les cas aigus d'abord, il ne faut pas perdre de vue que les infections utéro-annexielles, ont toujours des répercussions et une évolution péri-utéro-annexielles. Si nous exceptons des formes légères de métrite, ou plus exactement d'endo-métrite, au cours desquelles seule la muqueuse utérine semble atteinte, dans les métrites totales, nous voyons toujours de la péri-métrite. Dans les annexites, la propagation péri-annexielle est à ce point constante, qu'à elle sont toujours dûs les symptômes qui, les premiers, attirent l'attention des malades. C'est en effet beaucoup plus par l'inflammation péri-annexielle et sa répercussion péritonéale, que par les lésions des annexes elles-mêmes, que l'on peut expliquer la douleur et l'ensemble des symptômes locaux au cours des affections inflammatoires génitales de la femme.

On comprend dès lors que, soit par l'intermédiaire du cul-de-sac virtuel vésico-vaginal, soit plus simplement encore par l'intermédiaire de la gaine celluleuse des vaisseaux hypogastriques, toute inflammation péri-utérine ou péri-annexielle atteindra la vessie dans les zones où elle est en rapports avec les organes génitaux.

Cette inflammation vésicale est une inflammation secondaire, atteignant les couches de la vessie de dehors en dedans, et restant localisée dans la zone immédiatement atteinte d'où, au cystoscope, les phénomènes de cystite localisée que l'on peut constater (cystite, œdème bulleux), phénomènes qui, par leur localisation même, n'entraînent pas de symptomatologie urinaire marquée.

Si cette cystite localisée secondaire présente quelques caractères un peu spéciaux, c'est parce que l'inflammation a procédé de la façon suivante: le tissu péri-vésical a été le premier atteint, puis la musculuse, puis la muqueuse en dernier lieu.

Dans les cas chroniques, les phénomènes observés vont recevoir une double explication, soit qu'on les mette sous la dépendance directe des lésions annexielles, soit qu'on voit en eux les restes cicatriciels de la cystite localisée qui existait à la phase aiguë; dans ce dernier cas, ce qui prédomine, ce sont des colonnes localisées dans la région des rapports annexiels. Ces colonnes ont exclusivement une signification par leur localisation. On se rend compte en effet que la présence dans l'ensemble de la vessie de colonnes peu marquées est un fait assez fréquent; ce n'est que dans le cas exclusif où elles seront localisées qu'elles répondront à une affection génitale.

D'autre part, les adhérences péri-annexielles que nous constatons dans les annexites chroniques, vont pouvoir fixer la vessie plus ou moins au niveau des rapports vé-

sico-annexiels. Il s'ensuivra une déformation de la vessie, déformation qui sera elle-même plus ou moins accusée selon les cas.

Normalement, le sillon qui embrasse en bas la saillie utérine, ou sillon rétro-trigonal, se perd insensiblement à ses extrémités et est surtout marqué dans sa partie moyenne. La déformation de la vessie par adhérences péri-annexielles va avoir comme conséquences, d'exagérer ce sillon rétro-trigonal et surtout de l'exagérer au niveau des extrémités latérales, qui répondent aux régions annexielles. Ces extrémités latérales vont, dès lors, avoir l'aspect de véritables cornes, tellement marquées dans certains cas, qu'elles simulent le diverticule.

Enfin, les modifications plastiques et cicatricielles du ligament large, des annexes, de la vessie, peuvent expliquer, dans certains cas, les déplacements et déformations des orifices urétéraux qui ont été constatés dans certains cas.

On voit donc combien la cystoscopie au cours des affections utéro-annexielles est utile. Elle constitue un fertile moyen d'exploration dont on ne saurait nier l'utilité, surtout si on considère qu'elle renseigne sur le degré d'extension des lésions.

RESUME ET CONCLUSIONS

Après avoir étudié les rapports vésico-génitaux chez la femme, nous permettant de distinguer dans la partie postérieure de la vessie une zone médiane utéro-vaginale et des zones latérales ligamento-annexielles; après avoir dit un mot de la cystoscopie chez la femme quand les organes génitaux sont normaux, nous avons pu, en nous basant sur les observations, montrer :

1° Les répercussions inflammatoires localisées au cours des affections génitales aiguës, répercussions allant de la rougeur diffuse jusqu'à la tuméfaction.

2° Les répercussions cicatricielles comprenant la présence de colonnes et la déformation vésicale au cours des annexites chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANEAU, HALLÉ, LEGRAIN. — Des infections vésicales.
III^e Session de l'Association française d'urologie, 1898.
- BALP. — Etude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges. *Thèse de Paris*, 1891.
- BARROGAN et BONNET. — Les cystites de causes utéro-annexielles et leur traitement.
- BEUTTER. — Abscès pelviens ouverts spontanément dans la vessie. *Arch. gén. de Méd.*, 1905.
- CIVIALE. — *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3 vol.
- CRUET. — *Annales de gynécologie*, 1913.
- DELBET. — Quelques recherches anatomiques et expérim. sur la vessie et l'urètre. *Ann. mal. des org. génito-urinaires*, 1892, X.
— *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*.
- DELFAU-GÉRARD. — *Maladies des voies urinaires et des organes génitaux*. 2 vol., édit. Octave Doin.
- DRAPPIER. — Contribution à l'étude du plancher pelvien et de la cavité pelvienne. *Thèse Paris*, 1893.
- FARABEUF. — Partie génitale du canal pelvi-génital. *Ann. de Gynéc.*, 1891, XXXV, p. 113.
- FAUVERGHE. — Des pyo-salpinx ouverts spontanément d. la vessie.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de gynécologie*, J.-B. Baillière, 1916.

- FRITSCH. — *Traité des maladies des femmes* (traduction Testas. Maloine, 1898, 1 vol.
- GRAS. — Des collections pelviennes suppurées ouvertes dans la vessie. *Thèse Paris*, 1909.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. J.-B. Baillière, édit.
- HARTMANN. — Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, septembre 1919.
- LEGUEU et PAPIN. — *Précis d'urolog.*, Maloine, 1921, 1 vol.
- LEGUEU. — Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*, 1897.
- *Traité chirurgical d'urologie*.
- MOCK (Jacques) et DORÉ. — De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères en gynécologie. *Revue mensuelle de gynécologie et obstétrique*, avril 1920.
- MARION. — Cystoscopie et cathétérisme urétéral. Masson, 1914, 2 vol.
- MINET. — Diagnostic des tumeurs prévésicales. *Ann. des maladies des org. génito-urin.*, 1903.
- PANTALONI. — La portion pelvienne des uretères chez la femme. *Thèse de Paris*, 1888.
- POIRIER. — Anatomie, t. IV, organes génito-urinaires.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- REYMOND. — Cystites consécutives à une infection de la vessie à travers ses parois. *Ann. des org. génito-urinaires*, 1893, p. 253.
- SKÈNE. — Maladies de la vessie et de l'urètre chez la femme.
- UTEAU. — Anatomie du trigone vésical. *Ann. gynéc.*, 1905.
- VIOLET et MURARD. — *Revue de gynécologie*, février 1913.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie descriptive; Anat. topogr. des organes pelviens.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'étude de la Cystoscopie
dans les inflammatoires Utero-An-*
nexielles par M. René ROUSTIR.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 8 décembre 1921.

Le Professeur,

DE ROUVILLE

Vu :

Montpellier, le 8 décembre 1921.

Le Doyen :

R. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 8 décembre 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

